



KESEHATAN JIWA REMAJA

Sofwan Indarjo[✉]

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, Indonesia

Info Artikel

Sejarah Artikel:

Diterima 3 Maret 2009

Disetujui 23 April 2009

Dipublikasikan Juli 2009

Keywords:

Mental health

Adolescent

Physical maturation

Abstrak

Pada masa remaja, banyak terjadi perubahan biologis, psikologis maupun sosial. Tetapi umumnya proses pematangan fisik terjadi lebih cepat dari proses pematangan kejiwaan (psikososial). Manusia selalu dilihat sebagai satu kesatuan utuh dari unsur badan, jiwa, sosial, tidak hanya dititikberatkan pada penyakit tetapi pada peningkatan kualitas hidup, terdiri dari kesejahteraan dari badan, jiwa dan produktivitas secara sosial ekonomi. Beberapa jenis gangguan jiwa yang banyak terjadi pada masa remaja berbagai stresor yang ada, dapat timbul berbagai kondisi negatif seperti cemas, depresi, bahkan memicu munculnya gangguan psikotik. Kesehatan jiwa remaja merupakan hal penting dalam menentukan kualitas bangsa. Remaja yang tumbuh dalam lingkungan kondusif dan mendukung merupakan sumber daya manusia yang dapat menjadi aset bangsa tidak ternilai.

Abstract

In adolescence, there have been changes of biological, psychological and social. But generally, the physical maturation process occurs more rapidly than the process of psychological maturation. Humans always seen as a unified whole of elements of the body, soul, social, not only emphasis on disease but on improving the quality of life, consisting of well-being of body, soul and productivity of social economy. Some types of mental disorders which are prevalent in adolescence namely a variety of stressors that can arise various negative conditions such as anxiety, depression, and even trigger the emergence of psychotic disorders. Adolescent mental health is important in determining the quality of the nation. Teens who grow up in a supportive environment conducive and human resources that can be an invaluable national asset.

© 2009 Universitas Negeri Semarang

[✉] Alamat korespondensi:

Gedung F1, Lantai 2, Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, 50229

Email: sofwan_indarjo@yahoo.co.id

Pendahuluan

Masa remaja menurut *World Health Organisation* (WHO) merupakan suatu fase perkembangan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa; berlangsung antara usia 10 sampai 19 tahun. Masa remaja terdiri pada masa remaja awal (10-14 tahun), masa remaja, (14-17 tahun). Pada masa remaja, banyak terjadi perubahan biologis, psikologis, maupun sosial. Tetapi umumnya proses pematangan fisik terjadi lebih cepat dari proses pematangan kejiwaan (Psikososial) (Huang *et al.*, 2007). Seorang anak remaja tidak lagi didapat sebagai anak kecil, tetapi belum juga dianggap sebagai orang dewasa. Disatu sisi ia ingin bebas dan mandiri, lepas dari pengaruh orang tua, disisi lain pada dasarnya ia tetap membutuhkan bantuan, dukungan perlindungan orang tuanya (Guzmdn *et al.*, 2004).

Orang tua sering tidak mengetahui atau memahami perubahan yang terjadi sehingga tidak menyadari bahwa anak mereka telah tumbuh menjadi seorang remaja, bukan lagi anak yang selalu dibantu (Felling *et al.*, 2009). Orang tua menjadi bingung menghadapi labilitas emosi dan perilaku remaja, sehingga tidak jarang terjadi konflik diantara keduanya. Adanya konflik yang berlarut-larut merupakan stresor bagi remaja yang dapat menimbulkan berbagai permasalahan yang kompleks baik fisik, psikologik maupun sosial termasuk pendidikan. Kondisi seperti ini apabila tidak segera di atasi dapat berlanjut sampai dewasa dan dapat berkembang ke arah yang lebih negatif. Antara lain dapat ditimbulkan masalah maupun gangguan kejiwaan dari yang ringan sampai berat. Apalagi pada kenyataannya perhatian masyarakat lebih terfokus pada upaya meningkatkan kesehatan fisik semata, kurang memperhatikan faktor non fisik (intelektual, mental emosional dan psikososial). Pada hal faktor tersebut merupakan penentu dalam keberhasilan seorang remaja di kemudian hari (Lilian *et al.*, 2008).

Prevalensi kesehatan jiwa di Indonesia adalah 18,5 %, yang berarti dari 1.000 penduduk terdapat sedikitnya 185 penduduk dengan gangguan kesehatan jiwa atau setiap rumah tangga terdapat seorang anggota keluarga menderita gangguan kesehatan jiwa. Khusus untuk anak dan remaja masalah kesehatan jiwa perlu

menjadi fokus utama tiap upaya peningkatan sumber daya manusia, mengingat anak dan remaja merupakan generasi yang perlu disiapkan sebagai kekuatan bangsa Indonesia. Jika ditinjau dari proporsi penduduk, 40 % total populasi terdiri dari anak dan remaja berusia 0 – 16 tahun, tiga belas persen dari jumlah populasi adalah anak dibawah lima tahun (balita), Ternyata populasi anak dan remaja mengalami gangguan kesehatan jiwa, termasuk antara lain anak dengan tunagrahita, gangguan perilaku, kesulitan belajar dan hiperaktif. Sebanyak 13,5 % balita merupakan kelompok anak berisiko tinggi mengalami gangguan perkembangan, sementara 11,7 % anak prasekolah berisiko mengalami gangguan perilaku. Prevalensi gangguan kesehatan jiwa anak dan remaja cenderung akan meningkat sejalan dengan permasalahan kehidupan dan kemasyarakatan yang makin kompleks, oleh karena itu memerlukan pelayanan kesehatan jiwa yang memadai sehingga memungkinkan anak dan remaja untuk mendapatkan kesempatan tumbuh kembang semaksimal mungkin (Walker, 2002).

Bagian Inti

Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 pasal 1 ayat 1 tentang kesehatan dikatakan bahwa "kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis". Atas dasar definisi tersebut maka manusia selalu dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh (*holistik*) dari unsur badan (*organobiologi*), jiwa (*psikoedukatif*), sosial (*sosiokutural*), yang tidak hanya dititik beratkan pada penyakit tetapi pada peningkatan kualitas hidup yang terdiri dari kesejahteraan dari badan, jiwa dan sosial "produktifitas secara sosial ekonomi". Kesehatan jiwa mental *health* (dalam undang-undang nomor 23 tahun 1992 pasal 24,25,26 dan 27) adalah suatu kondisi mental yang sejahtera yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif sebagai bagian yang utuh dari kaulitas hidup seseorang dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia. Ciri-ciri orang yang sehat jiwa yaitu: 1) Menyadari sepenuhnya kemampuan jiwa, 2) Mampu menghadapi stres kehidupan yang wajar, 3) Mampu bekerja seca-

ra produktif dan memenuhi kebutuhan hidupnya, 4) Dapat berperan serta dalam lingkungan hidup, 5) Menerima dengan apa yang ada pada dirinya, 6) Merasa nyaman dengan orang lain

Keputusan Menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 574/Menkes/SK/IV/2000 ditetapkan visi dan misi serta strategi baru pembangunan kesehatan. Visi baru, yaitu Indonesia sehat 2010 akan dicapai melalui berbagai program kesehatan yang tercantum dalam undang-undang nomor 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (Propenas). Dalam rencana pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat ditetapkan ada tujuh program pembangunan kesehatan. Program-program pembangunan kesehatan tersebut salah satunya adalah lingkungan sehat, perilaku sehat dan pemberdayaan masyarakat. Program perilaku sehat dan pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk memberdayakan individu, keluarga, dan masyarakat dalam bidang kesehatan agar dapat memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan sendiri dan lingkungannya menuju masyarakat yang sehat, mandiri dan produktif. Adapun sasarannya adalah: 1) Meningkatnya perwujudan kepedulian perilaku hidup bersih dan sehat dalam kehidupan bermasyarakat, 2) Menurunnya prevalensi perokok, penyalahgunaan Napza di sekolah, di tempat kerja dan tempat umum, 3) Menurunnya angka kecacatan akibat persalinan/kelahiran, kecelakaan, dan rudapaksa, 4) Menurunnya prevalensi dan dampak gangguan jiwa, 5) Meningkatnya keterlibatan dan tanggung jawab laki-laki dalam kesehatan keluarga, 6) Berkembangnya sistem jaringan dukungan masyarakat, sehingga kebutuhan masyarakat

akan pelayanan dapat meningkat

Menurut WHO masa remaja adalah usia 10 – 19 tahun. Pada fase tersebut terjadi perubahan yang amat pesat baik dalam fase biologis dan hormonal, maupun bidang psikologis dan sosial. Dalam proses dinamika ini dapat diungkapkan ciri remaja yang normal adalah sebagai berikut: 1) Tidak terdapat gangguan jiwa (*psikopatologi*) yang jelas atau sakit fisik yang parah, 2) Dapat menerima perubahan yang dialami, baik fisik maupun mental dan sosial, 3) Mampu mengekspresikan perasaannya dengan luwes serta mencari penyelesaian terhadap masalahnya, 4) Remaja mampu mengendalikan diri sehingga dapat membina hubungan yang baik dengan orang tua, guru, saudara, dan teman-temannya, 5) Merasa menjadi bagian dari satu lingkungan tertentu dan mampu memainkan perannya dalam lingkungan tersebut.

Dengan demikian kesehatan jiwa remaja meliputi: 1) Bagaimana perasaan remaja terhadap dirinya sendiri (dapat menerima diri apa adanya), 2) Bagaimana perasaan remaja terhadap orang lain (dapat menerima orang lain apa adanya), 3) Bagaimana kemampuan remaja mengatasi persoalan hidup sehari-hari.

Masa remaja dapat dibagi 3 (tiga) tahapan yaitu masa remaja awal, remaja pertengahan, dan remaja akhir. Ciri yang paling nyata dari masa remaja adalah mereka cepat tinggi. Selama masa kanak-kanak, anak perempuan, dan laki-laki secara fisik tampak mirip kecuali hanya perbedaan genetalia. Perkembangan remaja terdiri secara fisik, psikososial, dan moral.

Sigmund freud menyebutkan masa remaja sebagai periode di mana libido atau energi seksual, yang tetap laten selama bertahun-

Tabel 1. Perkembangan Fisik Remaja Normal

Perempuan	Laki-Laki
Pertumbuhan pesat (10 – 11 tahun)	Pertumbuhan pesat (12 – 13 tahun)
Perkembangan payudara (10 – 11 tahun)	Testis dan skrotum (11 – 12 tahun)
Rambut pubis (10 – 11 tahun), rambut ketiak dan badan (12 – 13 tahun)	Penis (12 – 13 tahun)
Pengeluaran sekret vagina (10 – 13 tahun)	Ejakulasi (13 – 14 tahun)
Produksi keringat ketiak (12 – 13 tahun)	Rambut pubis (11 – 12 tahun), rambut ketiak dan badan (13 – 15 tahun), kumis, cambang dan jenggot (13 – 15 tahun)
Mentruasi (11 – 14 tahun)	Perkembangan kelenjar keringat ketiak (13 – 15 tahun)
	Suara pecah dan membesar (14 – 15 tahun)

tahun masa para remaja, dihidupkan kembali. Dorongan seksual dicetuskan oleh androgen tertentu, seperti testoteron yang mempunyai kadar lebih tinggi selama masa remaja dibandingkan dengan masa manapun di dalam hidupnya. Puncak dorongan seksual pada laki-laki terjadi antara usia 17 dan 18 tahun. Masa remaja awal melepaskan dorongan libido paling sering melakukan mantrubasi, satu cara melepaskan implus seksual (Pastor *et al.*, 2009).

Menurut Jean Piaget, pada awal masa remaja pikiran menjadi abstrak, konseptual, dan berorientasi pada masa depan; ia menyebutkan masa ini sebagai stadium operasi formal. Pada saat ini remaja banyak menunjukkan kreatifitas yang sangat luar biasa yang mereka ekspresikan dalam menulis, musik, seni, dan puisi. Menurut Erik Erikson, tugas utama masa remaja adalah untuk mencapai identitas ego yang ia definisikan sebagai kesadaran siapa dirinya dan kemana tujuannya. Erikson menggambarkan sebagai perjuangan normal masa remaja sebagai identitas lawan kebingungan peran. Identitas adalah perasaan diri yang kuat. Kebingungan juga disebut difusi identity adalah kegagalan mengembangkan diri yang bersatu atau kesadaran diri (Pastor *et al.*, 2009).

Untuk sebagian besar orang, mengembangkan rasa moral yang baik adalah suatu pencapaian yang besar pada masa remaja akhir dan dewasa. Moralitas didefinisikan sebagai persesuaian pada standar, hak, dan kewajiban bersama. Piaget menggambarkan moralitas sebagai perkembangan secara bertahap, dalam kesatuan perkembangan kognitif. Dalam stadium pra operasional, anak semata-mata mengikuti aturan-aturan yang dihentikan oleh orang tuanya dalam stadium kongret anak menerima aturan-aturan tetapi menunjukkan ketidakmampuan untuk penolakan dan dalam stadium operasi formal anak mengenali aturan dalam istilah apa yang baik dalam masyarakat banyak.

Teori psikologi ego yang menjembatani psikoanalisis dengan psikologi perkembangan ini menggunakan pendekatan struktural untuk memahami individu dengan berfokus pada ego atau diri sebagai unsur mandiri. Ilmuwan yang mendukung teori ini berkeyakinan bahwa ego dan unsur rasional yang menentukan pencapaian intelektual dan sosial terdiri dari sumber energi, motif, dan rasa tertarik. Sembilan ke-

trampilan kompetensi ego yang perlu dimiliki oleh semua anak untuk menjadi dewasa yang kompeten menurut Strayhorn: 1) Menjalin hubungan dekat yang penuh percaya, 2) Mengatasi perpisahan dan keputusan yang mandiri, 3) Membuat keputusan dan mengatasi konflik interpersonal secara bersama, 4) Mengatasi frustrasi dan kejadian yang tidak menyenangkan, 5) Menyatakan perasaan senang dan merasakan kesenangan, 6) Mengatasi penundaan kepuasan, 7) Bersantai dan bermain, 8) Proses kognitif melalui kata-kata, simbol dan citra (*image*), 7) Membina perasaan adaptif terhadap arah dan tujuan.

Perilaku remaja sangat rentan terhadap pengaruh lingkungan, salah satu bagian perkembangan masa remaja yang tersulit adalah penyesuaian terhadap lingkungan sosial, remaja harus menyesuaikan diri dengan lawan jenis dalam hubungan interpersonal yang awalnya belum pernah ada, juga harus menyesuaikan diri dengan orang dewasa di luar lingkungan sekolah dan keluarga (Cederblad, 1999).

Keluarga merupakan lingkungan pertama dan utama bagi perkembangan anak. Umur 4 – 6 tahun dianggap sebagai titik awal proses identifikasi diri menurut jenis kelamin, peranan ayah dan ibu atau orang tua pengganti (nenek, kakek, dan orang dewasa lainnya) sangat besar. Masa remaja merupakan pengembangan identitas diri, dimana remaja berusaha mengenal diri sendiri, ingin orang lain menilainya, dan mencoba menyesuaikan diri dengan harapan orang lain.

Pola asuh keluarga mempengaruhi proses sosialisasi yaitu: a) Sikap orang tua yang otoriter akan sangat berpengaruh pada perkembangan kepribadian remaja. Ia akan menjadi seorang penakut, tidak memiliki rasa percaya diri, merasa tidak berharga sehingga proses sosialisasi merasa terganggu. b) Sikap orang tua yang "permisif" akan menumbuhkan sikap ketergantungan dan sulit menyesuaikan diri dengan lingkungan sosial keluarga. c) Sikap orang tua yang membandingkan anak-anaknya akan menumbuhkan persaingan tidak sehat dan saling curiga antar saudara. d) Sikap orang tua yang berambisi dan terlalu menuntut anaknya akan berakibat anak cenderung mengalami frustrasi, takut gagal, dan merasa tidak berharga. e) Orang tua yang demokra-

tis kondisi ini akan menimbulkan keseimbangan antara perkembangan individu dan sosial sehingga anak memperoleh suatu kondisi mental yang sehat. Kondisi keluarga hubungan orang tua yang harmonis akan menumbuhkan kehidupan emosional yang optimal terhadap perkembangan kepribadian anak. Pendidikan moral keluarga adalah upaya menanamkan nilai-nilai akhlak atau budi pekerti kepada anak dirumah. Pengertian budi pekerti mengandung nilai-nilai: a) Keagamaan, pendidikan agama diharapkan dapat menumbuhkan sikap anak yang mampu menjauhi hal-hal yang dilarang dan melaksanakan perintah agama. Menanamkan norma agama dianggap besar peranannya terutama dalam menghadapi situasi globalisasi yang berakibat bergesernya nilai kehidupan. Remaja yang taat norma agama akan terhindar atau mampu bertahan terhadap pengaruh buruk dilingkungannya. b) Kesusilaan, meliputi nilai-nilai yang berkaitan dengan orang lain, misalnya sopan santun, kerjasama, tenggang rasa, saling menghayati, saling menghormati, menghargai orang lain. c) Kepribadian, memiliki nilai yang berkaitan dengan pengembangan diri, misalnya keberanian, rasa malu kejujuran, kemandirian.

Pengaruh yang cukup kuat dalam perkembangan remaja adalah lingkungan sekolah. Umumnya orang tua menaruh harapan yang besar pada lingkungan pendidikan di sekolah (Pastor *et al.*, 2009). Suasana sekolah, prasyarat terciptanya lingkungan kondusif bagi kegiatan belajar mengajar adalah di suasana sekolah. Suasana sekolah sangat berpengaruh terhadap perkembangan jiwa remaja yaitu: 1) Kedisiplinan, sekolah yang tertip dan teratur akan membangkitkan sikap dan perilaku disiplin pada siswa. Sebaliknya sekolah yang kacau dan disiplin longgar akan berisiko, bahwa siswa dapat berbuat semaunya dan terbiasa dengan hidup tidak tertib, tidak memiliki sikap saling menghormati, cenderung brutal dan agresif, 2) Kebiasaan belajar, suasana sekolah yang tidak mendukung kegiatan belajar mengajar akan berpengaruh terhadap minat dan kebiasaan belajar, 3) Pengendalian diri, suasana bebas di sekolah dapat mendorong siswa sesukanya tanpa rasasegan terhadap guru. Hal ini akan berakibat siswa sulit untuk dikendalikan.

Remaja lebih banyak berada di luar ru-

mah bersama dengan teman sebaya. Jadi dapat dimengerti bahwa sikap, pembicaraan, minat penampilan serta perilaku teman sebaya lebih besar pengaruhnya daripada keluarga.

Adanya hambatan dalam tahap perkembangan, dapat menimbulkan masalah kesehatan jika bila tak terselesaikan dengan baik. Masalah tersebut berasal dari remaja sendiri, hubungan orang tua dan remaja, atau akibat interaksi sosial di luar lingkungan keluarga. Sebagai akibat lanjutnya dapat terjadi masalah kesehatan perilaku remaja dengan manifestasi bermacam-macam, antara lain kesulitan belajar, kenakalan remaja, dan masalah perilaku seksual.

Kesulitan belajar adalah suatu keadaan (kondisi) dimana remaja tidak menunjukkan prestasi sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya. Untuk membantu mengatasi kesulitan belajar pada remaja perlu mengetahui faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya kesulitan belajar tersebut. Ada tiga faktor yang mempengaruhi kesehatan jiwa remaja yaitu: 1) Biologik dan bawaan: adanya penyakit, kurang gizi, kelelahan, taraf kecerdasan kurang, gangguan pemusatan perhatian (sulit berkonsentrasi), gangguan perkembangan fisik. 2) Psikologik dan pendidikan: cara orang tua dan guru yang tidak tepat dalam pengajaran. 3) Lingkungan sosial dan budaya: situasi keluarga yang tidak kondusif, tidak ada keharmonisan, perilaku orang tua dan saudara yang sering mempermalukan anak, anak dibandingkan dengan remaja lain, saudara atau temannya, beban pekerjaan yang berlebihan dan tersisihkan dari teman pergaulan sebaya.

Kenakalan remaja adalah tingkah laku yang melampaui batas toleransi orang lain dan lingkungannya. Tindakan ini dapat merupakan perbuatan yang melanggar hak azasi manusia sampai melanggar hukum. Kenakalan remaja yang umum, antara lain: melawan orang tua, tidak melaksanakan tugas, mencuri, merokok, naik bus tanpa bayar, membolos, lari dari sekolah, mengompas, dan lain-lain. Kenakalan remaja yang membahayakan antara lain: membongkar rumah, mencuri mobil, memperkosa, menganiaya, membunuh, merampok, atau tindakan kriminal lainnya.

Meningkatnya kadar hormon testosteron pada remaja akan mempengaruhi dorongan

seksual, seiring dengan meningkatnya dorongan seksual timbul konflik karena upaya untuk mengendalikannya harus sesuai nilai dan norma yang dianut. Bentuk tingkah laku seksual dapat mulai dari perasaan tertarik, berkencan, bercumbu, sampai bersenggama. Obyek seksual bisa berupa orang lain, hanya dalam khayalan atau diri sendiri. Tingkah laku ini bisa berdampak cukup serius seperti perasaan tegang, bingung, perasaan bersalah dan berdosa, sedih, marah, dan lain-lain: 1) Masturbasi: Merupakan perbuatan untuk merangsang diri sendiri guna mencapai kepuasan seksual. Anggapan bahwa masturbasi dapat melemahkan syahwat atau mempengaruhi kemampuan untuk mendapatkan keturunan dapat menimbulkan perasaan takut atau perasaan berdosa. 2) Seks pranikah: Ada pro dan kontra dalam menyikapi hubungan seks pranikah. Dipandang dari sudut norma normal maupun agama, tentunya hubungan seksual tersebut merupakan suatu ungkapan dari bahasa cinta yang dapat dilakukan oleh suami isteri dalam ikatan perkawinan. Jadi bila dari sudut pandang moral dan agama, tentunya hubungan seks pranikah mengarah kepada ungkapan nafsu seksual, yang dapat menodai keluhuran cinta serta kesucian pernikahan, bahkan terbuka kemungkinan untuk melahirkan anak di luar nikah. Banyak yang kurang menyadari bahwa hubungan seks pranikah sebenarnya hanya didorong oleh kebutuhan dan kenikmatan fisik/biologik sesaat saja, yang dapat menimbulkan rasa bersalah bila tidak dilanjutkan dengan pernikahan. Hubungan seks pranikah belum tentu dilakukan oleh pasangan yang saling mencintai selain melanggar norma umumnya secara psikis berdampak, yaitu menimbulkan rasa bersalah menyesal kecewa terutama di pihak wanita. Penilaian dari sudut etis maupun moral terhadap hubungan seks pranikah tersebut dapat memberikan dampak sebagai berikut: 1) Aspek biologis: kemungkinan menjadi hamil di luar nikah yang sering berakhir dengan aborsi, 2) Aspek mental emosional: kemungkinan timbul rasa bersalah, kecewa, menyesal, bahkan hidupnya menjadi tidak tenang, 3) Aspek personal: merendahkan martabat manusia, 4) Aspek sosial: penilaian negatif dari masyarakat di sekitarnya.

Pengguguran kandungan akibat kehamilannya di luar nikah umumnya berdalih menutu-

pi aib bagi diri dan keluarga serta mengganggu kelanjutan pendidikan sekolahnya. Mereka dapat mengalami konflik batin merasa berdosa, depresi, takut bergaul tidak percaya pada pria, takut tidak akan menikah karena kehilangan kegadisannya. Arbosi dilarang oleh peraturan/undang-undang maupun agama.

Apabila remaja tidak dapat mengatasi berbagai stresor yang ada, dapat timbul berbagai kondisi yang negatif seperti cemas, depresi, bahkan dapat memicu munculnya gangguan psikotik. Dampak yang dapat terjadi pada remaja dalam kondisi seperti di atas adalah timbulnya berbagai permasalahan yang kompleks, baik fisik, emosi maupun sosial termasuk pendidikan misalnya dapat timbul berbagai keluhan fisik yang tidak jelas sebabnya ataupun berbagai permasalahan yang berdampak sosial, seperti malas sekolah, membolos, ikut perkuliahan antar pelajar, menyalahgunakan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif (NAPZA), dan lain-lain. Apabila tidak segera diatasi, kondisi tersebut dapat berlanjut sampai masa dewasa, dan akan lebih berkembang lagi ke arah yang lebih negatif seperti terbentuknya kepribadian anti sosial maupun kondisi psikotik yang kronis. Diperlukan deteksi dini dan intervensi dini pada remaja yang mengalami gangguan jiwa.

Cemas (ansietas) adalah perasaan gelisah yang dihubungkan dengan suatu antisipasi terhadap bahaya, ini berbeda dengan rasa takut, yang merupakan bentuk respon emosional terhadap bahaya yang obyektif, walaupun manifestasi fisiologik yang ditimbulkannya sama cemas merupakan suatu bentuk pengalaman yang umum, tapi dapat ditemui dalam bentuk yang berbeda pada gangguan psikiatrik dan gangguan medis. Diagnosis mengenai cemas ditegakkan apabila gejala cemas mendominasi dan menyebabkan distress (rasa tertekan) atau gangguan yang nyata.

Dalam perkembangan normalpun seorang remaja mempunyai kecenderungan untuk mengalami depresi. Oleh karena itu sangatlah penting untuk membedakan secara jelas dan hati-hati antara depresi yang disebabkan oleh gejala *mood* yang normal pada remaja (*adolescent turmoil*) dengan depresi yang patologik. Akibat sulitnya membedakan antara kedua kondisi di atas, membuat depresi pada remaja sering tidak. Terdiagnosis, bila tidak di-

tangani dengan baik, gangguan psikiatrik pada remaja sering kali akan berlanjut sampai masa dewasa. Carlson, seperti yang dikutip oleh shafii, membagi depresi pada remaja menjadi tipe primer dan sekunder.

Tipe primer: bila tidak ada gangguan psikiatrik sebelumnya, dan tipe sekunder: bila gangguan yang sekarang mempunyai hubungan dengan gangguan psikiatrik sebelumnya. Pada gangguan depresi yang sekunder biasanya lebih kacau, lebih agresif, mempunyai lebih banyak kelelahan somatik, dan lebih sering terlihat mudah tersinggung, putus asa, mempunyai ide bunuh diri, problem tidur, penurunan prestasi sekolah, harga diri yang rendah, dan tidak patuh (Cederblad, 1999).

Depresi kronis yang dialami sejak masa remaja awal, kemungkinan akan mengalami kelambatan pubertas, terutama pada depresi yang disertai dengan kehilangan berat badan dan anoreksia. Remaja yang mengalami depresi lebih sulit menerima atau memahami tanda-tanda pubertas yang muncul. Perubahan hormonal yang disertai stres lingkungan, dapat memicu timbulnya depresi yang dalam dan kemungkinan munculnya perilaku bunuh diri. Mimpi basah dan mimpi yang berhubungan dengan incest (hubungan seksual antar anggota keluarga), dapat menambah beban rasa bersalah pada remaja yang depresi. Periode menstruasi pada remaja wanita yang mengalami depresi, mungkin terlambat, tidak teratur, atau disertai dengan timbulnya rasa sakit yang hebat dan perasaan tidak nyaman. *Mood* yang disorok sering nampak pada periode pramenstrual. Remaja wanita yang mengalami depresi mungkin merasa murung (*feeling blue*), sedih (*down in the dump*), menangis tanpa sebab, menjadi sebal hati (*sulky and pouty*), mengurung diri di kamar, dan lebih banyak tidur.

Disorganisasi fungsi kognitif pada remaja yang bersifat sementara, menjadi lebih nyata pada kondisi depresi. Pada remaja awal yang mengalami depresi, terdapat keterlambatan perkembangan proses pikir abstrak yang biasanya muncul pada usia sekitar 12 tahun. Pada remaja yang lebih tua, kemampuan yang baru diperoleh ini akan menghilang atau menurun. Prestasi sekolah sering terpengaruh bila seorang remaja biasanya mendapat hasil baik di sekolah, tiba-tiba prestasinya menurun, depresi

harus dipertimbangkan sebagai salah satu faktor penyebabnya. Membolos, menunda menyelesaikan tugas, perilaku yang mudah tersinggung di dalam kelas, tidak peduli terhadap hasil yang dicapai dan masa depan, dapat merupakan gejala awal dari depresi pada remaja.

Pada remaja, kondisi depresi memperkuat perasaan rendah diri. Rasa putus asa dan rasa tidak ada yang menolong dirinya makin merendahkan harga diri. Pada satu saat remaja yang depresi mencoba untuk melawan perasaan rendah dirinya dengan penyangkalan, fantasi, atau menghindari kenyataan realitas dengan menggunakan NAPZA.

Membolos, mencuri, berkelahi, sering mengalami kecelakaan, yang terjadi terutama pada remaja yang sebelumnya mempunyai riwayat perilaku yang baik, mungkin merupakan indikasi adanya depresi.

Kebanyakan remaja yang depresi cenderung menyalahgunakan NAPZA, misalnya ganja, obat-obat yang meningkat *mood* (amfetamin), yang menurunkan *mood* (barbiturat, tranquilizer, hipnotika) dan alkohol. Akhirnya ini banyak digunakan heroin, kokain, dan derivatnya, serta halusinogen.

Secara umum remaja yang mengalami depresi tidak menunjukkan minat untuk kencan atau mengadakan interaksi heteroseksual. Namun ada juga remaja yang mengalami depresi menjadi berperilaku berlebihan dalam masalah seksual, atau menjalani pergaulan bebas, sebagai tindakan defensif untuk melawan depresinya. Beberapa remaja menginginkan kehamilan sebagai kompensasi terhadap objek yang hilang atau rasa rendah dirinya. Remaja yang mengalami depresi ada kemungkinan kawin muda untuk menghindari konflik dalam keluarga. Seringkali perkawinan ini malah memperkuat depresinya.

Remaja yang mengalami depresi, tampak pucat, lelah, dan tidak memancarkan kegembiraan dan kebugaran. Seringkali mereka mempunyai banyak keluhan fisik, seperti sakit kepala, sakit lambung, kurang nafsu makan, dan kehilangan berat badan tanpa adanya penyebab organik. Remaja yang mengalami depresi biasanya tidak mengekspresikan perasaannya secara verbal, namun lebih banyak keluhan fisik yang diutarakan, sehingga hal ini biasanya merupakan satu-satunya kondisi yang mem-

bawanya datang ke dokter. Sensitivitas dari sang dokter dalam menemukan *mood* yang disforik ataupun depresi akan dapat mencegah kemungkinan terjadinya bunuh diri pada remaja.

Penurunan berat badan yang cepat dapat merupakan indikasi adanya depresi. Harga diri yang rendah dan kurangnya perhatian pada perawatan dirinya, atau makan yang berlebihan dapat menyebabkan obesitas, merupakan tanda dari depresi.

Remaja yang mengalami depresi mempunyai kerentanan tinggi terhadap bunuh diri. Penelitian di kentucky, Amerika Serikat, menyebutkan sekitar 30 % dari mahasiswa tingkat persiapan dan pelajar sekolah menengah atas pernah berpikir serius tentang percobaan bunuh diri dalam satu tahun terakhir saat diteliti, 19 % mempunyai rencana spesifik untuk melakukan bunuh diri, dan 11 % telah mencoba melakukan bunuh diri (Felling, 2009).

Gangguan somatoform (psikosomatik). Gangguan ini lebih dikenal di masyarakat umum sebagai gangguan psikosomatik. Ciri utama dari gangguan somatoform adalah adanya keluhan gejala fisik yang berulang, yang disertai dengan permintaan pemeriksaan medis, meskipun sudah berkali-kali terbukti hasilnya negatif dan juga telah dijelaskan oleh dokter bahwa tidak ditemukan kelainan fisik yang menjadi dasar keluhanannya. Pasien biasanya menolak adanya kemungkinan penyebab psikologis, walaupun ditemukan gejala anxietas dan depresi yang nyata.

Gangguan somatisasi: ciri utama adanya gejala fisik yang bermacam-macam, berulang dan sering berubah-ubah. Biasanya sudah berlangsung bertahun-tahun (sekurang-kurangnya 2 tahun), disertai riwayat pengobatan yang panjang dan sangat kompleks, baik ke pelayanan kesehatan dasar maupun spesialis, dengan hasil pemeriksaan atau bahkan operasi yang negatif hasilnya ('doctor' shopping). Keluhannya dapat mengenai setiap sistem atau bagian tubuh yang manapun, tetapi yang paling lazim adalah keluhan gangguan gastrointestinal (perasaan sakit perut, kembung, berdehah, mual, muntah, dan sebagainya), keluhan perasaan abnormal pada kulit (perasaan gatal, rasa terbakar, kesemutan, baal, pedih dan sebagainya) serta bercak-bercak pada kulit, keluhan mengenai seksual dan haid sering muncul. Se-

ring terdapat anxietas dan depresi yang nyata sehingga memerlukan terapi khusus fungsi dalam keluarga dan masyarakat terganggu, berkaitan dengan sifat keluhan dan dampak pada perilakunya. Lebih sering terjadi pada wanita dan biasanya muncul pada usia remaja akhir / dewasa muda, dapat pula ditemukan pada pra-pubertas. Ketergantungan atau penyalahgunaan obat-obatan (biasanya sedativa dan analgetika) terjadi akibat seringnya menjalani rangkaian pengobatan. Termasuk gangguan psikosomatik multipel.

Gangguan hipokondrik, ciri utama adalah preokupasi yang menetap akan kemungkinan menderita satu atau lebih gangguan fisik yang serius dan progresif. Pasien menunjukkan keluhan somatik yang menetap atau preokupasi terhadap adanya deformitas atau perubahan bentuk / penampilan. Perhatian biasanya hanya terfokus pada satu atau dua organ / sistem tubuh. Tidak mau menerima nasihat atau penjelasan dari beberapa dokter bahwa tidak ditemukan penyakit atau abnormalitas fisik yang melandasi keluhanannya. Sering disertai depresi dan anxietas yang berat gangguan hipokondrik ditemukan pada laki-laki maupun wanita sama banyaknya.

Disfungsi otonomik somatoform, keluhan fisik yang ditampilkan pasien seakan akan merupakan gejala dari sistem saraf otonom, misalnya sistem kardiovaskuler (*cardiac neurosis*), gastrointestinal (*gastric neurosis* dan *nervous diarrhoea*), atau pernafasan (hiperventilasi psikogenik dan cegukan). Gejala yang nampak dapat berupa tanda objektif rangsangan otonom, seperti palpitasi berkecambah, muka panas / merah (*flushing*), dan tremor. Selain itu dapat pula berupa tanda subjektif dan tidak khas, seperti perasaan sakit, nyeri, rasa terbakar, rasa berat, rasa kencang, atau perasaan badan seperti mengembang. Juga ditemukan adanya bukti tes psikologis atau yang nampaknya berkaitan dengan gangguan ini. Tidak terbukti adanya gangguan yang bermakna pada struktur atau fungsi dari sistem atau organ yang dimaksud.

Gangguan nyeri somatoform menetap. Keluhan yang menonjol adalah nyeri berat, menyiksa dan menetap, yang tidak dapat dijelaskan sepenuhnya atas dasar proses fisiologis maupun adanya gangguan fisik, nyeri timbul berkaitan dengan adanya konflik yang ber-

dampak emosional atau problem psikososial yang cukup jelas, yang berdampak meningkatkan perhatian dan dukungan, baik personal maupun medis untuk bersangkutan.

Gangguan psikotik adalah suatu kondisi terdapatnya gangguan yang berat dalam kemampuan menilai realitas, yang bukan karena retardasi mental atau gangguan penyalahgunaan NAPZA. Terdapat gejala: waham, halusinasi, perilaku yang sangat kacau, pembicaraan yang inkoheren (kacau), tingkah laku agitatif dan disorientasi. Yang termasuk gangguan psikotik antara lain:

Skizofrenia pada masa kanak dan remaja didefinisikan sama dengan skizofrenia pada masa dewasa, dengan gejala psikotik yang khas, seperti adanya defisit pada fungsi adaptasi, waham, halusinasi, asosiasi yang melonggar atau inkoheren (isi pikir yang kacau), katatonia, afek yang tumpul atau tidak dapat diraba-rabakan. Gejala ini harus ada selama paling sedikit 1 bulan atau lebih. Defisit pada fungsi adaptasi yang terdapat pada skizofrenia masa kanak dan remaja, muncul dalam bentuk kegagalan mencapai tingkat perkembangan sosial yang diharapkan atau pun hilangnya beberapa keterampilan yang telah dicapai.

Gangguan *mood*/afektif yang disertai dengan gejala psikotik. Pada mania dengan gejala psikotik, gambaran klinisnya lebih berat dari pada mania tanpa gejala psikotik. Harga diri yang membubung dan gagasan kebesaran dapat berkembang menjadi waham kebesaran dan kegelisahan serta kecurigaan menjadi waham kejar. Aktivitas yang terus menerus dapat menjurus kepada agresi dan kekerasan. Pada depresi berat dengan gejala psikotik, gambaran klinisnya lebih berat dibandingkan dengan depresi berat tanpa gejala psikotik. Biasanya disertai dengan waham, halusinasi atau stupor depresif (mematung). Wahamnya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina / menuduh atau tercium bau kotor atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor.

Kelompok gangguan waham ini ditandai secara khas oleh berkembangnya waham yang umumnya menetap dan kadang bertahan seumur hidup waham beraneka ragam isinya, sering berupa waham kejaran, hipokondrik,

kebesaran kecemburuan, curiga, atau adanya keyakinan bentuk tubuhnya abnormal/ada yang salah. Awitan (onset) biasanya muncul pada usia pertengahan, tetapi kadang-kadang pada kasus yang berkaitan dengan keyakinan tentang bentuk tubuh yang salah, dijumpai pada usia dewasa muda/remaja akhir. Waham tersebut harus sudah ada sedikitnya 3 bulan lamanya dan harus bersifat pribadi (personal), bukan subkultural.

Gangguan mental organik dengan gejala psikotik. Yang termasuk gangguan ini antara lain: delirium: suatu sindrom yang etiologinya tidak khas, ditandai oleh gangguan kesadaran yang bersamaan dengan menurunnya perhatian, persepsi, proses pikir, daya ingat, perilaku psikomotor, emosi dan siklus tidur (*sleep-wake-cycle*), Kondisi ini dapat terjadi pada semua usia.

Penyalahgunaan Napza di Indonesia dalam beberapa tahun terakhir ini semakin meningkat. faktor risiko yang dapat diidentifikasi pada remaja penyalahguna NAPZA: 1) Konflik keluarga yang berat, 2) Kesulitan Akademik, 3) Adanya komorbiditas dengan gangguan psikiatrik lain, seperti gangguan tingkah laku dan depresi, 4) Penyalahgunaan NAPZA oleh orang -tua dan teman, 5) Impulsivitas, 6) Merokok pada usia terlalu muda.

Semakin banyak faktor risiko yang ada, semakin besar kemungkinan seorang remaja akan menjadi pengguna NAPZA. Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ III) 1993, gangguan yang berhubungan dengan zat termasuk gangguan: ketergantungan, penyalahgunaan, intoksikasi, dan keadaan putus zat. Penyalahgunaan zat adalah penggunaan NAPZA secara patologis (di luar tujuan pengobatan), yang sudah berlangsung selama paling sedikit satu bulan berturut-turut dan menimbulkan gangguan dalam fungsi sosial, sekolah, atau pekerjaan. Penyalahgunaan NAPZA dapat menimbulkan ketergantungan. Ketergantungan zat mengacu kepada satu kelompok gejala kognitif, perilaku, dan fisiologis yang mengindikasikan seseorang secara terus menerus menggunakan NAPZA dengan teratur dan dalam jangka waktu panjang. Gejala ketergantungan ini dapat berbentuk ketagihan secara fisik atau psikologis, toleransi, keadaan putus zat, pemakaian yang lebih besar dari yang dibutuhkan, kegagalan untuk

menghentikan atau mengontrol penggunaan dan mengurangi aktivitas sosial/pekerjaan karena penggunaan NAPZA. Sebagai tambahan, pengguna NAPZA mengetahui bahwa zat tersebut mengakibatkan gangguan yang nyata, tetapi tidak dapat menghentikannya. Intoksikasi zat mengacu kepada perkembangan yang reversibel, sindrom zat yang spesifik, yang disebabkan oleh penggunaan suatu zat. Harus ada perilaku maladaptif atau perubahan psikologis yang nyata secara klinis. Keadaan putus zat mengacu kepada sindrom zat spesifik yang disebabkan oleh penghentian atau pengurangan penggunaan NAPZA jangka panjang. Sindrom ini menyebabkan distress atau hambatan yang nyata secara klinis dalam fungsi sosial, sekolah atau pekerjaan.

Beberapa indikasi adanya penggunaan NAPZA pada remaja, prestasi akademik yang menurun: sering membolos atau meninggalkan sekolah, sering membuat masalah dengan teman, guru atau murid sekolah lain, sering memakai uang sekolah, mencuri, berhutang atau mengompas penyakit fisik ringan yang tidak spesifik, perubahan sikap dalam hubungan dengan anggota keluarga lain, juga dalam kelompok temannya, lekas marah, tersinggung, sikap kasar, tidak sabar dan egois, perubahan dalam penampilan, perawatan / kebersihan diri, wajah murung, loyo mengantuk, kurang bergairah, acuh tak acuh, sering melamun, disiplin dan sopan santun menurun, pakaian kotor dan lusuh, cara bicara lamban, tak jelas, kadang-kadang cadel, serta banyak merokok. Banyak dari indikator di atas yang terkait dengan awitan (onset) dari depresi, penyesuaian sekolah, atau prodromal dari gangguan psikotik yang harus diperhatikan adalah tetap menjaga komunikasi yang terbuka dengan remaja yang diduga menggunakan NAPZA. Disini terdapat hubungan antara penggunaan NAPZA dengan perilaku risiko tinggi, termasuk penggunaan senjata tajam, perilaku bunuh diri, pengalaman seksual yang dini, mengemudikan mobil dengan risiko tinggi, menyukai musik keras (*heavy metal*), dan pemujaan/ritual agama yang menyimpang, walaupun tidak ada hubungan langsung dengan penggunaan NAPZA, namun adanya perilaku seperti di atas patut diwaspadai.

Penutup

Kesehatan jiwa remaja merupakan hal yang penting dalam menentukan kualitas bangsa. Remaja yang tumbuh dalam lingkungan kondusif dan mendukung merupakan sumber daya manusia yang dapat menjadi aset bangsa yang tidak ternilai. Untuk menciptakan remaja berkualitas perlu dilakukan berbagai upaya tindakan nyata dengan cara mempersiapkan generasi muda yang kuat dan tahan dalam menghadapi berbagai macam tantangan hidup. Agar dapat melalui masa remajanya dengan baik, sangat penting peran orang tua, guru, tokoh masyarakat dan masyarakat sekitarnya dalam memberikan bimbingan dan teladan.

Daftar Pustaka

- Cederblad, M. 1999. Mental Health in International Adoptees as Teenagers and Young Adults. An Epidemiological Study. *J. Child Psychol. Psychiat.* 40 (8): 1239-1248
- Felling, J., Holzinger, D., Beitel, C., Laucht, C., Goldberger, D.P. 2009. The Impact of Language Skills on Mental Health in Teenagers with Hearing Impairments. *Acta Psychiatr Scand*, 120: 153-159
- Guzmán, R.M.A., V. Nelly Salgado de Snyder; Romero, M. and Mora, M.E.M. 2004. Paternal Absence And International Migration: Stressors And Compensators Associated With The Mental Health Of Mexican Teenagers Of Rural Origin. *Adolescence*, 39 (156)
- Huang, Z.J., Wong, F.Y., Ronzio, C.R. and Yu, S.M. 2007. Depressive Symptomatology and Mental Health Help-Seeking Patterns of U.S.- and Foreign-Born Mothers. *Matern Child Health J*, 11: 257-267
- Lilian Coelho de Oliveira; Clarissa de Rosalmeida Dantas; Renata Cruz Soares de Azevedo and Banzato, C.E.M. 2008. Counseling Brazilian Undergraduate Students: 17 Years of a Campus Mental Health Service. *Journal of American College Health*, 57 (3)
- Pastor, P.N. and Reuben, C.A. 2009. Emotional/Behavioral Difficulties and Mental Health Service Contacts of Students in Special Education for Non-Mental Health Problems. *Journal of School Health*, 79 (2)
- Walker, Z. 2002. *Health Promotion for Adolescent in Primary Care: Randomised Controlled Trial.* *BMJ*, 325